Année 1915 — N° —

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Madame AVRAMOFF

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

De la Rétention du Fœtus mort

Conduite à tenir

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNE, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, Éditeurs
15, Rue Racine (VIe)

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY G LBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FILLE

A MON MAITRE LE DOCTEUR BOISSARD

Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNE

Accoucheur des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Qu'il nous soit permis, avant de commencer le présent travail, d'exprimer notre profonde reconnaissance à tous nos maîtres qui, pendant nos années d'études, nous ont guidée par leurs précieux conseils et leurs incessants encouragements.

Nous présentons notre profonde gratitude au Dr Barrié. C'est dans son service, à l'hôpital Laënnec, où nous avons débuté comme bénévole, que nous avons eu ses précieux conseils, où nous avons puisé tant d'enseignements, et ses nombreuses leçons dont nous garderons toujours un respectueux souvenir. C'est pour nous un devoir d'exprimer à ce cher maître notre plus vive reconnaissance pour les preuves d'une bienveillante affection qu'il nous donna si souvent.

Au Dr Boissard, nous adressons le témoignage de notre grande reconnaissance pous les connaissances, si nombreuses et si précieuses, que nous avons eues l'occasion d'acquérir dans son service pendant notre séjour en qualité d'interne.

Qu'il nous permette de le remercier sincèrement de nous avoir enseigné par ses nombreux conseils, dont nous ne saurions dire assez toute la valeur instructive, tant pratique que clinique, l'art si compliqué et délicat des accouchements.

Nous lui adressons également une vive gratitude

d'avoir bien voulu nous guider dans le choix de notre thèse.

Nous remercions le Dr Le Lorier, dont nous avons été l'externe pendant un temps très court, assez long pourtant pour avoir pu mettre à profit ses bons conseils.

En différentes circonstances, le Dr Funck-Brentano, dont nous nous réjouissons d'avoir été l'externe, nous a pratiqué sa bienveillante sollicitude ; nous sommes heureux de pouvoir l'en remercier.

De la Rétention du Fœtus mort

Conduite à tenir

INTRODUCTION ET DIVISION DU SUJET

Pendant notre séjour dans le service du Dr Boissard, en qualité d'interne, notre attention a été particulièrement attirée par de nombreux cas de rétention de fœtus mort pendant la grossesse.

Cet état soulève la question de la conduite à tenir. En pareil cas, notre maître préconise déjà depuis longtemps l'expulsion artificielle du produit de conception, en opposition avec d'autres accoucheurs, qui conseillent de s'abstenir systématiquement de toute intervention hâtive dans le cas de mort du produit de conception avec membranes intactes.

Les nombreux exemples que nous avons rencontrés et suivis de près pendant notre internat et dont nous publions les observations détaillées dans la suite de ce travail, nous ont permis de constater combien cette ligne de conduite à tenir était heureuse, justifiée et rationnelle en présence d'un diagnostic de rétention de fœtus mort.

Les données anciennes sur l'innocuité habituelle de la rétention d'un fœtus mort avec intégrité des membranes, ont été mises en défaut par des observations récentes où il a été démontré que, même en l'absence de rupture des membranes, la femme n'est pas toujours mise à l'abri des accidents d'infection; de même, les accidents dus à l'intoxication (villotoxémie) ne disparaissent pas toujours avec la mort du fœtus et nous connaissons des cas où les femmes ont présenté des crises d'éclampsie, malgré la mort du produit de conception.

Actuellement, avec l'instrumentation que nous possédons et la stricte observation des règles d'asepsie, l'accoucheur pourra, dans l'intérêt de la femme, mettre terme à une grossesse physiologiquement terminée avec la mort du produit de conception.

Nous nous efforcerons donc d'abord de rechercher par les différents procédés d'investigation les signes qui permettent d'affirmer la mort du fœtus. Nous étudierons ensuite les moyens de se mettre en garde contre les causes d'erreur dans le diagnostic en cas de mort du fœtus et nous ferons voir les accidents auxquels sont exposées les femmes du fait de la rétention, en insistant en même temps sur la durée très variable de cette rétention. Nous exposerons les raisons d'ordre social qui peuvent motiver une pareille intervention. Nous nous occuperons pour terminer du choix du procédé et des instruments employés en pareils cas, des résultats obtenus et des accidents qu'on peut observer.

DISTINCTION CLINIQUE ENTRE L'ŒUF MORT ET LE FŒTUS MORT

Avant d'aborder le sujet de notre travail, nous devons établir la distinction fondamentale qui existe entre les deux états : « œuf mort » et « fœtus mort ». Cette distinction est d'autant plus nécessaire que, dans le cas de mort de l'œuf (rétention d'un œuf mort), le diagnostic comporte des difficultés insurmontables qui rendent souvent toute affirmation impossible.

« La timidité, dit Mauriceau, est alors plus pardonnable que la témérité, c'est-à-dire qu'il vaut mieux se tromper en traitant comme vivant l'enfant mort que de traiter comme mort celui qui ne l'est pas. »

Au contraire, après les cinq premiers mois de la gestation, ce même diagnostic (rétention d'un fœtus mort), dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, est facile à faire pour celui qui possède un sens clinique suffisant.

Nous ne nous occuperons que de ce dernier cas. Ici se pose une première question capitale, c'est de

fixer l'âge de la grossesse, ce qui devient facile lorsqu'on s'approche du terme. Ce diagnostic de l'âge de la grossesse se fera d'après le volume de l'utérus et la date des dernières règles.

Remarquons toutefois que les pertes sanguines répétées et intermittentes de certaines femmes enceintes, l'aménorrhée habituelle, les négations de certaines femmes peuvent être des causes d'erreur contre lesquelles l'accoucheur devra se prémunir.

Dans l'immense majorité des cas, il est facile de reconnaître une grossesse ayant dépassé le cinquième mois d'après le volume de l'utérus, la sensation de ballottement. Il faut songer et se mettre en garde contre les cas d'hydropisie de l'amnios et de la grossesse gémellaire.

Une fois établi le diagnostic de l'âge de la grossesse (cinquième mois), il sera alors facile de reconnaître par les différents moyens d'exploration si le produit de conception a succombé.

Dans les cas douteux nous conseillons de s'abstenir de toute intervention.

SIGNES DE RÉTENTION DU FŒTUS MORT AU COURS DE LA GROSSESSE

Avant de décrire les signes de rétention du fœtus mort, nous indiquerons sous le nom de signes maternels ou subjectifs les phénomènes qui se passent du côté de la mère et sous le nom de signes objectifs ceux perçus par l'accoucheur lui-même.

A. — *Signes fournis par la mère*

Il ne faut guère attribuer une trop grande importance aux renseignements fournis par la mère qui peut très bien ignorer la date de ses dernières règles et l'âge exact de la grossesse. Par contre, les renseignements que la femme donnera sur ses grossesses antérieures et sur ses antécédents personnels seront très précieux pour l'accoucheur. Toutes les affections aiguës qui touchent la femme — fièvre éruptive, fièvre typhoïde, variole, choléra — sont autant de dangers pour l'enfant. Il en est de même des maladies : chroniques tuberculose, affection rénale et surtout la syphilis. Nous savons maintenant que c'est

la syphilis qui est de toutes les causes la plus fréquemment susceptible d'entraîner la mort du fœtus. Le Dr Boissard pense que sur cent fœtus morts et macérés il y a 95 o/o de syphilitiques et 2 o/o d'albuminuriques. Souvent la syphilis acquise ou héréditaire peut passer inaperçue et c'est en interrogeant la femme sur les résultats de ses grossesses antérieures que nous apprenons qu'il y a mort habituelle du fœtus. La mère n'est pas toujours la seule coupable de la mort de son enfant. Le père, qu'on regardait autrefois comme étranger à cette fin prématurée du produit de la conception, est considéré aujourd'hui comme aussi responsable. L'héritage sera bien funeste toutes les fois qu'il sera atteint d'affections organiques graves au nombre desquelles la syphilis occupe une place prépondérante.

Quelquefois nous apprenons que la femme a eu plusieurs grossesses antérieures terminées par la naissance d'enfants sains et vigoureux et qu'ensuite elle a fait un ou plusieurs avortements ou accouchements prématurés dont le produit de conception a succombé avant l'expulsion. Ce fait peut s'expliquer par suite du changement de facteur : les premiers enfants étaient issus d'un père sain, tandis que les suivants avaient pour père un syphilitique.

Aussitôt après la mort du fœtus on assiste à la disparition des phénomènes sympathiques de la grossesse. Les seins sont souvent le siège de modifications, se gonflent et laissent s'écouler une certaine quantité de sérosité lactescente.

Parfois la montée laiteuse manque totalement ; aucune modification appréciable ne se produit dans la santé de la mère. « On voit des femmes, dit Cazeaux, porter plusieurs mois un fœtus mort sans s'en douter et quelquefois même s'applaudir de l'amélioration survenue dans leur état général, grâce à la disparition subite des troubles sympathiques de la gestation. »

Après la mort du fœtus, l'utérus cesse de se développer, s'affaisse et diminue de volume. La femme ne sent plus « remuer » et, en effet, les mouvements actifs disparaissent complètement. Ici encore l'accoucheur devra se mettre en garde contre diverses causes d'erreur. La mère peut se tromper sur l'interprétation des mouvements qu'elle accuse et dont elle constate la disparition. Il ne faut pas oublier qu'il existe des femmes enceintes d'un enfant bien vivant qui n'ont jamais perçu de mouvements actifs. Smellie rapporte un cas dans lequel le fœtus n'avait pas exécuté un seul mouvement au cours de la grossesse et cependant la femme accoucha à terme d'un enfant vivant. Comme phénomène secondaire, on peut observer la disparition de varices, la diminution de l'albuminurie et l'apparition de l'acétonurie.

B. — *Signes perçus par l'accoucheur ou signes objectifs*

Le palper, le toucher et l'auscultation peuvent être

d'une très grande utilité pour l'accoucheur dans le diagnostic de la mort du fœtus.

a) *Le palper.*— Les ressources qu'on peut tirer de ce moyen d'investigation appliqué au diagnostic de mort, surtout dans la deuxième moitié de la grossesse, ont été magistralement décrites par le professeur Pinard dans son traité de *Palper abdominal*. Nous nous bornerons à citer le passage de ce travail concernant le palper qui nous intéresse plus particulièrement.

« Presque toujours, dit le professeur Pinard, l'utérus est facilement accessible et le fœtus appréciable. Dans ces cas, l'utérus peut se présenter dans des conditions de mollesse, de flaccidité, d'élasticité ou de contraction permanente. Quant au fœtus, ses tissus se ramollissent, toutes ses formes disparaissent, l'ovoïde fœtal disparaît pour faire place à une masse inerte et bientôt informe. Aussi, les sensations qu'on éprouve en pratiquant le palper dans ces conditions sont-elles toutes différentes de celles qu'on constate quand le fœtus est vivant.

Mais, pour qu'il y ait une différence sensible et bien appréciable, il est nécessaire que la mort remonte au moins à huit jours avant l'examen. Dans les premiers jours qui suivent la mort, les sensations sont sensiblement les mêmes que quand le fœtus est vivant ; on ne constate alors que l'absence de réaction fœtale, les mouvements actifs faisant défaut, puis la sensation des parties fœtales devient moins nette, leur résistance, leur tonicité s'atténuent graduellement. Quand le fœtus est accommodé, c'est-

à-dire, quand la tête plonge dans l'excavation, la résistance céphalique est nettement perçue et se maintient avec ses caractères pendant cinq à six jours. Quant à l'extrémité pelvienne, ses changements propres s'accusent peu, mais il devient de plus en plus facile de la déplacer ; enfin, elle semble se rapprocher de l'extrémité céphalique, le tronc s'incurvant et s'affaissant sur lui-même. Quand, au contraire, la mort a précédé l'accommodation, il n'est pas rare de rencontrer, quelques jours après, la masse fœtale, occupant le grand bassin, se tassant de plus en plus au niveau du segment inférieur de l'utérus. Généralement le liquide amniotique diminue, se résorbe, disparaît même quelquefois à peu près complètement. Je n'ai jamais constaté l'augmentation du liquide amniotique après la mort du fœtus dans le cas de grossesse interne. Au fur et à mesure des progrès de la macération, les sensations varient, la tête, où qu'elle soit, perd ses caractères, la régularité de la forme, la résistance s'amoindrissent, puis disparaissent. Les os de la voûte se disjoignent, s'écartent, on ne sent que de petites parties irrégulières. Quelquefois la pression exercée par le doigt à ce niveau donne des sensations de crépitation osseuse (crépitation de Negri), due au chevauchement et au frottement des os les uns sur les autres. Le siège, tout en perdant de sa consistance, conserve pendant longtemps une certaine résistance jusqu'au quarantième jour. »

b) *Auscultation.* — L'auscultation est un moyen

précieux d'exploration et fournit des renseignements sur les phénomènes vivants qui se passent dans la cavité utérine. Elle permet de reconnaître l'existence du fœtus en transmettant à l'oreille du médecin les mouvements actifs et les bruits du cœur fœtal. Ces mouvements actifs sont intermittents, irréguliers, discontinus et leur disparition complète est un signe important de la mort du fœtus. Comme pour la grossesse normale, la perception des bruits du cœur fœtal est un signe pathognomonique, leur disparition pour un accoucheur, qui au cours de quelques examens antérieurs les a nettement relevés, a une valeur absolue pour affirmer le diagnostic de la mort du fœtus. Il faut toutefois établir une différence capitale entre le grand signe de certitude qui consiste dans la disparition des bruits du cœur et celui moins important de la « non perception », au cours d'un premier examen. Il peut arriver que l'accoucheur se méprenne, malgré un examen minutieux, sur l'âge réel de la grossesse. Dans le cas de grossesse gémellaire et d'hydramnios, la non perception des bruits du cœur n'a qu'une importance relative et ne permet pas de conclure à la mort du fœtus.

c) *Le toucher.* — La crépitation osseuse (ou signe de Negri) peut également servir à trancher quelquefois cette importante question de vie ou de mort du fœtus. Nous avons parlé déjà des sensations que la crépitation nous donne au palper. On peut la percevoir au cours d'un toucher vaginal, si la tête est engagée. On ne sent plus la dureté particulière à

cette extrémité fœtale, elle semble plus reductible et ne ballotte pas. On peut également produire la crépitation en appuyant sur le crâne. Si le fœtus est mort depuis quelques semaines, on trouve au toucher un col dur et fermé et il est impossible de rencontrer ni segment inférieur, ni partie fœtale. Le col présente souvent une rigidité spéciale due à la syphilis. Cette rigidité peut-être attribuée soit au chancre du col, cas rare, qui ne gêne pas la dilatation, soit à la sclérose syphilitique, de beaucoup la plus importante. Le col ne se dilate que difficilement, l'intervention peut être rendue difficile et quelquefois on assiste à des accidents graves comme la déchirure du col et du segment inférieur. Le Dr Boissard n'a jamais eu l'occasion d'observer des complications aussi graves.

RÉTENTION

Dès que le fœtus a cessé de vivre, il ne forme plus dans la cavité utérine qu'un corps étranger dont la nature cherche à se débarrasser. La grossesse, dans ce cas, est physiologiquement terminée, mais la femme reste dans le même état ; elle demeure grosse et sous le coup d'accidents possibles.

Bien souvent l'expulsion ne tarde pas à suivre la mort du fœtus, mais elle peut quelquefois dépasser les neuf mois habituels. « L'expulsion, dit le professeur Pinard, ne suit pas immédiatement la mort du fœtus et quelquefois sa rétention peut durer plusieurs mois. J'ai pu observer déjà 6 cas dans lesquels, après avoir constaté l'époque de la mort du fœtus, je notai la durée de la rétention qui fut de seize jours dans le premier cas, de vingt-trois jours dans le deuxième, de soixante-quatre dans le troisième, de soixante-seize dans le quatrième, de quatre-vingt-onze dans le cinquième, et de quatre-vingt-quinze dans le sixième cas. »

Notre maître, le Dr Boissard, cite un cas où la grossesse avait dépassé le quatorzième mois. C'est à ce dernier cas qu'on a injustement donné le nom de

grossesse prolongée ; c'est en réalité la rétention du fœtus mort qui se trouve prolongée.

D'une façon générale, on peut dire que la rétention est d'autant moins longue, que la grossesse est moins avancée.

Ces différences dans le terme de l'expulsion se rattachent à la cause sous l'influence de laquelle le fœtus a succombé.

Une chute, une secousse, un accident quelconque éprouvé par la mère, ont décollé les membranes fœtales. L'utérus, dans ce cas, se débarrasse promptement de ce corps privé de vie. Mais, si la mort du fœtus est le résultat d'un état pathologique plus ou moins lent, le placenta et les membranes continuent à vivre au moins partiellement, et grâce à des connexions utéro-placentaires, l'utérus acquiert une tolérance remarquable.

Tant qu'une partie du placenta reste vivante, la rétention du fœtus peut persister, le fœtus est plus petit qu'il ne devrait l'être.

Toutes les fois que le fœtus sera frappé le premier et les altérations placentaires seront secondaires, la rétention sera plus longue que lorsque les causes pathologiques auront atteint d'abord la circulation utéro-placentaire.

L'altération la plus fréquente est une sorte d'imbibition de tous les tissus, à laquelle on a donné le nom de macération.

Vers le quatrième jour, l'épiderme se décolle en formant des vésicules remplies d'une sérosité rou-

geâtre. Ces vésicules se déchirent et le liquide amniotique se colore en rouge par l'hémoglobine du sang.

Une autre altération peut atteindre le fœtus résultant de la rupture prématurée des membranes et la pénétration de l'air atmosphérique se traduit par l'infiltration des tissus par les différents gaz.

Cette putréfaction se reconnaît à l'odeur spéciale et peut servir de signe de certitude de la mort du fœtus.

Accidents déterminés par la rétention

Il est admis aujourd'hui que chez une femme portant dans son sein un enfant mort et macéré, les accidents infectieux ne peuvent apparaître qu'après la rupture des membranes de l'œuf et l'introduction de l'air dans l'utérus.

Les membranes restant intactes jusqu'au moment du travail, l'accouchement se produit au temps normal de la grossesse et les suites de couches restent bonnes. Mais ce pronostic est loin de présenter un caractère invariable et nous avons eu l'occasion d'observer des cas où la mère voyait sa propre existence compromise par divers accidents.

Les phénomènes de septicémie dus probablement à l'infection du liquide amniotique peuvent éclater avant tout début de travail, lorsque les membranes de l'œuf sont intactes.

Quelquefois la femme portant dans son sein un

enfant mort, n'ayant pas été en observation médicale, ne s'aperçoit pas de la rupture des membranes ou même, si elle s'en aperçoit, n'y attache pas l'importance due.

Elle ne vient consulter que quand les phénomènes d'infection se sont déjà déclarés. L'infection qui suit la rupture prématurée des membranes est due au développement de micro-organismes du vagin et en particulier des anaérobies qui envahissent la cavité amniotique et s'y développent avec la plus grande facilité. Nous citons ci-dessous 2 observations de rétention d'un fœtus mort suivies de phénomènes d'infection.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Publiée par M. le Dr Max Chalei-xVivie dans *la Revue mensuelle de Gynécologie et Obstétrique de Bordeaux*, mars 1900.)

Rétention d'un fœtus mort dans la cavité utérine. — Œuf intact. — Accidents généraux graves. — Évacuation manuelle de l'utérus. — Guérison.

La dame X..., vingt-quatre ans, bonne santé habituelle, pas de syphilis personnelle ou conjugale. Dernières règles au commencement de février 1899. Le 10 juin, sans qu'elle puisse rattacher ce fait à aucune cause, telle que chute, excès de fatigue, etc., elle eut dans la journée une perte de sang assez abondante, suivie, mais non précédée, de quelques contractions utérines douloureuses. Elle se mit au repos ; la perte s'arrêta, mais les douleurs persistèrent tout en s'atténuant. Pas de montée de lait. Au bout de quelques jours, se produit un écoulement séro-sanguinolent de mauvaise odeur et les douleurs s'accrurent. Etat général mauvais ; inappétence, insomnie, céphalalgie, courbature.

2 juillet. — Grand frisson, suivi d'une sensation de cha-

leur. Le même frisson se renouvelle dans la nuit du 4 au 5.

5 juillet. — Température 39°5 ; pouls 100. La malade se plaint de vives contractions utérines douloureuses.

L'utérus monte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis ; il est douloureux à la pression dans toute son étendue. Ecoulement vaginal fétide et brunâtre peu abondant.

Au toucher, le col ramolli, non entr'ouvert, ne dénote aucun signe de travail. Urines normales ; pas d'albumine. Jusqu'à ce moment, la malade n'avait pris que quelques injections d'eau boriquée non bouillie. Il est prescrit des injections d'eau bouillie avec 2 centigrammes de sublimé par litre ; 1 gramme de sulfate de quinine en vingt-quatre heures ; un lavement avec XXX gouttes de laudanum après évacuation complète de l'intestin.

6 juillet. — La nuit a été bonne, la malade se sent mieux, les contractions utérines douloureuses ont cessé. Température 37°4, pouls 90. On donne 1 gramme de sulfate de quinine. Dans la soirée, nouveau frisson. Température 39°6 ; pouls 106. Les contractions utérines reprennent avec intensité. Le col n'est pas effacé, il est à peine entr'ouvert.

7 juillet. — Température matin, 38°8 ; température soir, 39°4 ; pouls 120. Respiration fréquente. La malade est très affaiblie, langue sèche, nausées, vomissements, céphalalgie, pas d'albumine.

Il est décidé de provoquer l'accouchement ; anesthésie chloroformique. Introduction, comme par un mouvement de vrille, de l'index droit dans le col ; le canal cervical est parcouru dans son entier et l'orifice interne franchi. Introduction assez difficile du médius à côté de l'index. Pendant ces manœuvres, le corps de l'utérus est maintenu par la main

gauche, solidement appliquée sur l'abdomen. Peu à peu, les deux autres doigts sont introduits dans le col, et il est procédé avec une pression, de dedans au dehors, à une sorte de massage intra-cervical. Dès l'introduction du troisième doigt, la main toute entière a pénétré dans le vagin et prend un point d'appui sur la paroi postérieure de cet organe. Rupture artificielle de la poche des eaux ; il s'écoule un liquide épais, brun, très fétide.

On attire une tête assez volumineuse et une traction sur le cou lui fait franchir l'orifice cervical. Issue facile du reste du corps. Le liquide qui suit l'extraction du fœtus est toujours d'une extrême fétidité.

Délivrance artificielle ; placenta volumineux, plat, de coloration noirâtre, très fétide. Cordon grêle au milieu duquel se trouve un nœud très serré.

Longue injection utérine et vaginale au permanganate de potasse à 0 gr. 50 o/o.

Très peu de sang s'est écoulé, avant, pendant et après la délivrance, un crayon d'iodoforme est laissé dans l'utérus ; léger tampon de gaze iodoformée dans le vagin. Ces manœuvres ont duré en tout une demi-heure. Fœtus macéré, ventre volumineux ; la mort paraît remonter à une vingtaine de jours.

8 juillet. — La malade a dormi et n'a plus éprouvé de contractions utérines. Ablation de la gaze iodoformée. Injection utérine au permanganate de potasse. Température matin 38 degrés ; température soir 39°6 ; pouls 120. Sulfate de quinine 1 gramme.

9 juillet. — Amélioration de l'état général. Température matin 38°6 ; température soir 37°4. Injection intrà-utérine.

10 juillet. — Température matin 37°2. Injection utérine. On constate de l'ictère de la face surtout intense au niveau des sclérotiques. Régime lacté. Huile de ricin 30 grammes. Température soir 37°8 ; pouls 80. Dans la soirée, une douleur brusque, intense, éclate dans l'hypocondre droit.

11 juillet. — La température est montée sans frissons à 39°6 ; pouls 90. L'ictère est généralisé, la douleur, spontanée au niveau de l'hypocondre droit, persiste, avec une moindre acuité, mais elle est intense à la pression. Le foie est augmenté de volume : son bord inférieur dépasse de 6 centimètres les fausses côtes, au niveau d'une ligne tirée verticalement au point d'union de la neuvième côte avec le cartilage sternal. Vomissements alimentaires ; aucune substance, même la glace, n'est tolérée, contiennent de nombreux sels et pigments biliaires.

Des lotions froides répétées, faites par tout le corps, amènent un grand bien-être, tandis qu'une application très chaude sur l'hypocondre droit soulage quelque peu les douleurs. Injection sous-cutanée de bromhydrate de quinine 1 gramme. Le soir, température 39°6.

12 juillet. — La douleur diminue. Température matin 38°6 ; température soir 38 degrés. Continuation des lotions froides ; 1 gramme de bromhydrate de quinine en injection sous-cutanée. Tous les jours, lavements purgatifs. Prurit intense par tout le corps, accentuation de l'ictère. Le foie a augmenté de volume, son bord inférieur dépasse de 8 centimètres les fausses côtes, mais il est un peu moins douloureux à la pression. Les vomissements ont diminué, il est gardé un peu de lait glacé.

13 juillet. — Même état. Plus de vomissements, mais pru-

rit persistant. Température matin 38°4 ; température soir 38°8. Urines, 950 grammes en vingt-quatre heures ; 7 gr. 1/2 d'urée par litre, 12 centigrammes d'albumine, nombreux pigments biliaires.

14 juillet. — Grande amélioration. Foie moins douloureux et moins volumineux. Prurit atténué. Température matin 37°2 ; température soir 37°6.

15 juillet. — Dans la nuit a éclaté un violent frisson. Reprise des douleurs au niveau de la région hépatique.

L'ictère s'est accentué surtout aux sclérotiques. Température matin, 39°8; température soir, 39°2. Le foie dépasse de 11 centimètres les fausses côtes. Urines, 600 grammes en vingt-quatre heures. Diminution des principes biliaires, mais urobiline et hémoglobine en notable proportion; 60 centigrammes d'albumine par litre. Applications chaudes sur la région douloureuse. Aucun écart de régime n'explique ce renouvellement des accidents ; il n'existait pas de constipation, la vacuité du ventre étant toujours assurée au moyen de lavements et de purgations.

16 juillet. — Tous les accidents se sont amendés. Température matin, 38°2; température soir, 37 degrés. Urines, 1.800 grammes.

17 juillet. — A partir de ce jour, la température ne s'élève pas au-dessus de 36°5 et descend quelquefois le matin jusqu'à 35°7. La malade est très faible; elle éprouve parfois des tendances à la syncope. Aucune modification du côté du cœur. Il lui est donné du glycéro-phosphate de soude en solution gazeuse ; il est fait des frictions alcooliques et chaque jour il est pratiqué une injection hypodermique de 20 grammes de sérum de Chéron. Une notable amélioration se produit

du côté du foie : toute douleur a disparu à son niveau. Le 18, il ne dépasse les fausses côtes que de 4 centimètres et, le 23, il se trouve revenu à la normale. Dès le 21, les urines ne contiennent plus ni albumine, ni pigments biliaires. Le taux de l'urée demeure abaissé à 8 grammes par litre ; la quantité d'urine émise quotidiennement est de 1.500 à 1.600 grammes. Dès lors, un régime alimentaire plus substantiel est administré. Les forces s'accroissent de jour en jour et la guérison se fait d'une façon complète.

Cette observation est d'un très grand intérêt : elle tend à prouver que la putréfaction du fœtus peut s'observer même quand l'œuf est fermé. Elle montre aussi la gravité des accidents infectueux occasionnés chez la mère par la présence du cadavre fœtal et la localisation particulière de la septicémie puerpérale sur la région hépatique. L'élimination des toxines a causé une irritation rénale qui s'est traduite par les pigments biliaires, l'apparition tardive de l'albumine et enfin la présence de l'urobiline et de l'hémoglobine dans les urines.

OBSERVATION II

(Résumé de l'observation publiée par M. Jeannin, interne des Hôpitaux, dans *le Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, séance du 15 novembre 1900).

Infection in utero, *au quatrième mois de la grossesse*
Avortement méthodiquement rapide.

Femme B..., âgée de vingt-sept ans. Secondipare ; premier

accouchement à terme d'enfant vivant. Dernières règles du 25 au 30 février 1900. A eu quelques légères pertes de sang pendant les deux premiers mois de sa grossesse. Le 3 juillet fut frappée d'insolation à l'Exposition ; ramenée chez elle, en ambulance, sans connaissance, elle ressentit un long frisson suivi d'une forte fièvre. La nuit fut mauvaise et le lendemain, la malade resta fibricitante toute la journée. Le surlendemain la fièvre persistait encore ; la femme B..., qui se plaignait de douleurs de tête, commença à souffrir dans le ventre. Pendant la nuit et la matinée suivantes, les douleurs s'accentuèrent : ce qui engagea la patiente à entrer à l'hôpital dans l'après-midi du 23. Ce qui frappe à son arrivée, c'est son état général ; elle à l'aspect d'une typhique, les traits sont tirés, la langue sèche, le pouls extrêmement rapide, la respiration très accentuée, la température rectale est à 41 degrés. Le palper peu douloureux montre un utérus, s'élevant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et se contractant sous la main. Par le toucher, on sent le col en voie d'effacement et laissant passer deux doigts à frottement. Forte quantité d'albumine dans les urines.

En présence de l'état grave de la mère, on décide d'intervenir immédiatement. Après avoir chargé de liquide amniotique une pipette stérilisée, on rompt les membranes qui laissent écouler un liquide vert noirâtre semblable à de la purée et horriblement fétide, on procède à la dilatation manuelle du col et le fœtus est alors extrait fragment par fragment : il se laisse déchiqueter avec une rare facilité, présentant des signes non douteux de macération.

Les membranes et le placenta sont ensuite décollés et extraits par morceaux. L'opération se termine par un curage

digital suivi d'une longue injection au permanganate de potasse et d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée. L'utérus et le vagin sont ensuite tamponnés à la gaze iodoformée.

Après le réveil, on fait une injection sous-cutanée de 1.000 grammes de sérum artificiel. A 8 heures du soir, la température est tombée à 37°2. La nuit est bonne. Le lendemain, température 37 degrés ; pouls 86. La malade se sent beaucoup mieux ; l'utérus est légèrement sensible à la palpation. Le soir, température 37°5 ; la patiente est tamponnée et on fait une injection intra-utérine. Lavement de 1.000 grammes de sérum.

25 juillet. — La température du soir est de 37°2.

26 juillet. — La température remonte à 39 degrés le soir.

La fièvre se reproduit les deux jours suivants et se rattache à l'existence d'un très fort érythème de la vulve, du périnée et du haut des cuisses, dû, probablement, à l'irritation causée par la glycérine créosotée.

La malade perdit un peu de sang pur dans les trois premiers jours, mais sans la moindre fétidité. L'état général resta excellent et les fonctions digestives furent toujours régulières.

7 août. — C'est-à-dire quatorze jours après son entrée, la femme sort de l'hôpital en parfait état.

Examen bactériologique du liquide amniotique.

On examine le liquide recueilli dans la pipette.

a) *Examen immédiat sur lamelle après coloration.* — Le microscope décèle, au milieu de nombreuses cellules

épithéliales, des bacilles de diverses espèces. Les cocci dominent : ils sont isolés, soit groupés en diplocoques, ou plus rarement en très courtes chaînettes de trois à quatre articles. Il y a également des bâtonnets longs et fins ; quelques autres, courts et trapus, un peu renflés au centre, en beaucoup moindre quantité.

b) *Ensemencement*. — L'examen des cultures faites sur bouillon et dans des tubes d'agar surface, montra quelques très rares coccibacilles, quelques chaînettes de streptocoques, dont plusieurs fort longues, mais pas de staphylocoques.

L'examen des colonnes sur agar profond en tubes d'anaérobus, les fit disparaître comme formés par un très fin coccibacille, se mettant en toutes dispositions. Ce bacille, qu'on n'a pas retrouvé décrit, n'a pu être cultivé ; il s'agit probablement d'un anaérobie facultatif ; on n'a pas retrouvé dans ces cultures, les grands bâtonnets vus sur la première lame.

De cette observation, nous retiendrons surtout deux points dignes d'intérêt. C'est d'abord la chute brusque de température (de 41 à 37 degrés), survenant presqu'aussitôt après l'évacuation de l'utérus et qui montre d'une manière éclatante les bons effets d'un avortement rapide pratiqué dans ces conditions. C'est ensuite grâce à l'examen bactériologique pratiqué par M. Jeannin, la confirmation scientifique de la possibilité d'infection du liquide amniotique dans un œuf à membranes intactes. Cette infection peut se faire, soit par voie placentaire sanguine, soit par voie ascendante, par les microbes du vagin.

CONDUITE A TENIR

Tous les accoucheurs sont d'accord que, lorsqu'au cours d'une grossesse avec enfant mort, les membranes se rompent et laissent écouler le liquide amniotique, l'intervention est de toute nécessité. Il faut absolument débarrasser la femme de ce corps étranger dont la putréfaction peut être la cause d'une septicémie grave.

On intervient alors soit à l'aide de bougies, de ballons, soit en ayant recours à la dilatation manuelle.

Mais les avis sont partagés sur la ligne de conduite à tenir dans le cas de la mort du fœtus avec membranes intactes. Ici, les accoucheurs conseillent la simple expectative et attendent l'expulsion naturelle.

D'après les conseils de notre maître, M. Boissard, nous croyons que dans tous les cas où on peut poser fermement le diagnostic de la mort du fœtus, la provocation méthodique d'un accouchement artificiel est tout à fait rationnelle et justifiée. Du temps où l'instrumentation était insuffisante, l'abstention de toute intervention était peut-être justifiée. Mais

aujourd'hui, avec l'instrumentation qu'on possède et en observant les règles d'asepsie, on arrive toujours aux bons résultats en intervenant.

Il y a intérêt à débarrasser la femme du fœtus mort non seulement au point de vue de sa santé, mais aussi afin de la rendre capable de continuer ses travaux de ménage. Son état de gravidité lui ôte la possibilité d'accomplir ses devoirs de mère et d'épouse.

Est-elle admise dans un service hospitalier, elle est obligée quelquefois à y faire un très long séjour, tout en n'étant pas pour ainsi dire malade et immobilisant ainsi pendant longtemps une place qui aurait pu être mieux occupée par une autre mère. Assuré dans la terminaison normale, on laisse habituellement la femme conduire cette grossesse jusqu'à l'accouchement. Mais les récentes observations nous ont montré que, sur un œuf intact, l'infection du liquide amniotique peut se produire et mettre en danger les jours de la mère.

L'intervention s'impose alors et nous croyons qu'il serait beaucoup plus rationnel de la pratiquer antérieurement à des accidents infectieux et dans de bonnes conditions.

INSTRUMENTATION ET INTERVENTION (1)

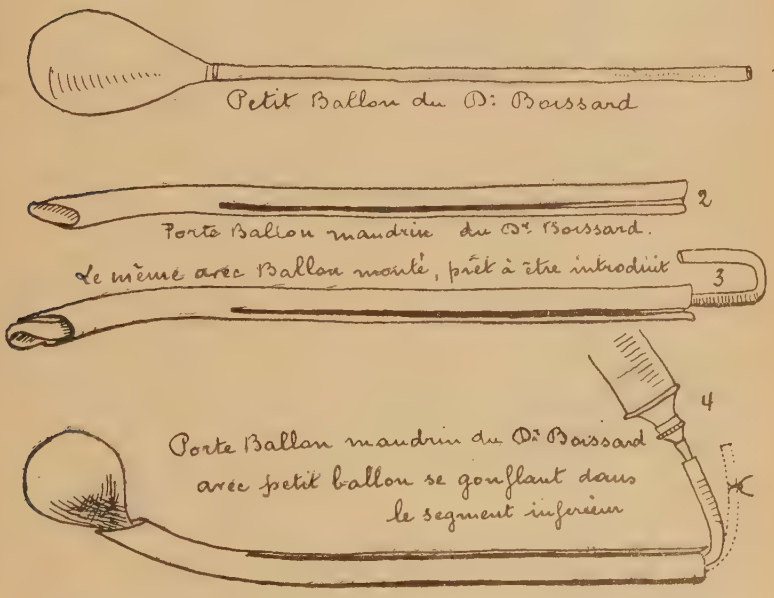
L'instrumentation et le procédé opératoire ont été décrits par notre maître, M. Boissard, dans le numéro du 21 avril 1894 de *la Presse médicale*. Nous nous bornerons à résumer cet excellent article en y adjoignant les modifications importantes qui se sont produites dans ces dernières années.

Le mode opératoire varie suivant qu'il s'agit d'une primipare chez laquelle le col ne laisse passer qu'un tube de petit calibre ou d'une multipare chez laquelle le col est plus ou moins dehiscent.

Chez les primipares, on se sert d'un tube creux en aluminium (fig. 2) d'une longueur de 25 centimètres; ce tube va en s'effilant à son extrémité, qui est taillée en bec de flûte ; c'est la portion courbe qui sera introduite dans la cavité utérine ; sa circonférence extérieure ne mesurant que 2 centimètres, son introduction est très aisée. Dans ce tube creux conducteur, on loge un tube de caoutchouc, petit ballon du Dr Boissard (fig. 1), terminé par une extrémité ampullaire, de forme ovoïde.

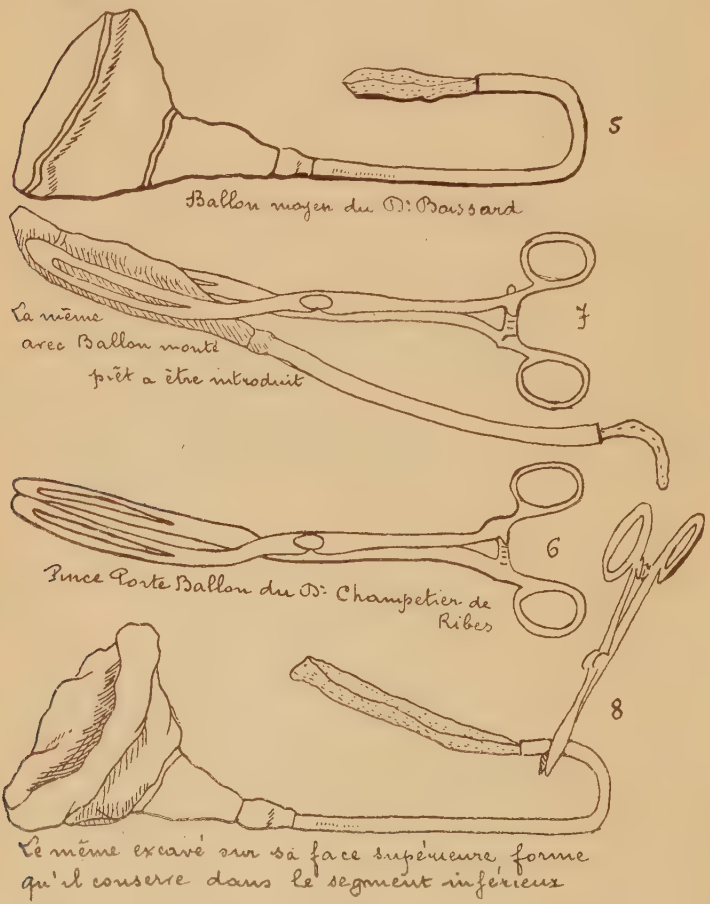
1. La même instrumentation est préconisée par M. Boissard pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel.

Pour se servir de cet appareil, on introduit le tube de caoutchouc vaseliné dans la portion taillée en bec de flûte, tout en dépassant ses bords de quelques millimètres (fig. 3) ; ceci fait, saisissant de la main gauche ce tube en aluminium, ainsi monté et chargé, on le conduit sur l'index de la main droite, intro-



duite dans le vagin et en rapport avec l'orifice externe du col ; on fait alors pénétrer l'extrémité du tube dans le canal cervical, jusqu'à ce que la ligne de démarcation arrive au contact du col ; à ce moment, on injecte dans le tube de caoutchouc, au moyen d'une seringue, du liquide ; sous l'influence de l'injection, la poche de caoutchouc, aplatie et contenue dans la portion taillée en bec de flûte du tube d'aluminium, tend à sortir en se dilatant (fig. 4).

Cette portion de caoutchouc, moins résistante et mince, cherche sous l'influence de la pression du liquide, à se déloger, et va, en quelque sorte être



énucléée ; bientôt, en effet, trouvant la moindre résistance du côté de la cavité utérine, elle sort dilatée du tube, c'est-à-dire que plus elle se dilate, plus elle sort ; bientôt alors, le ballon gonflé se trouve placé de lui-même au-dessus de l'orifice interne, on

retire à ce moment le tube d'aluminium, et le ballon gonflé reste en place, sans ficelle, sans ressort, sans pince : l'appareil est tout de suite prêt, tout de suite monté.

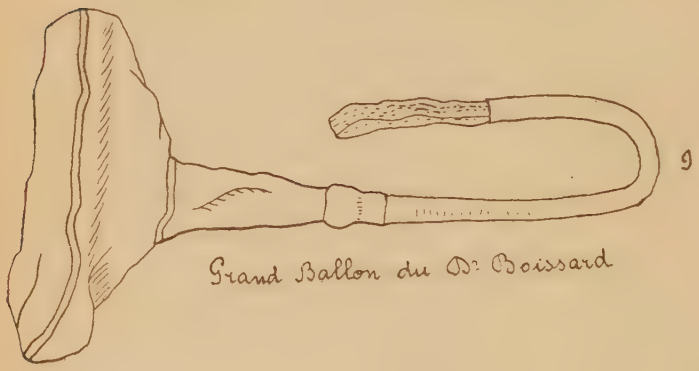
Les ballons moyens (fig. 5) qu'on emploie étant capables de supporter une forte distension, on injecte de 130 à 150 grammes de liquide, ce qui leur donne le volume d'une orange de moyenne grosseur ; la circonférence du ballon ainsi distendu mesure 20 centimètres, soit un diamètre de 7 centimètres, la grandeur d'une petite paume de main ; on comprend comment, dans ces conditions, le travail continue lorsque le ballon passe dans le vagin.

Pour introduire le ballon dans l'utérus on le roule en cigare et on l'enferme entre les deux branches de la pince (fig. 6), et on fait passer l'ensemble à travers le col ; on désarticule ensuite la pince et on enlève l'une de ses branches ; on injecte alors lentement, à l'aide d'une seringue, l'eau, puis on retire la deuxième branche : à ce moment, maintenant d'une main le tube de caoutchouc près de la vulve, on exerce de l'autre main des tractions sur une corde qui, parcourant l'intérieur du tube du caoutchouc, vient se fixer au fond du ballon ; grâce à ce système d'attache le ballon devient plat, excavé sur la face supérieure (fig. 7) qui représente assez bien un fond d'artichaut ; lorsqu'on lui a donné ainsi la forme définitive, on distend complètement le ballon en complétant l'injection.

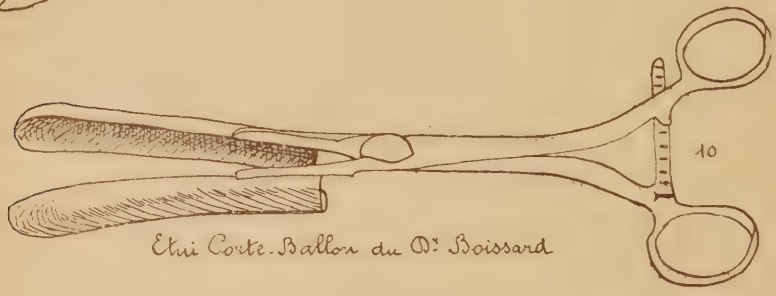
Par la forme aplatie concave des ballons, nous éloi-

gnons toute chance de procidence et surtout nous ne nous exposons pas à déplacer et à chasser la partie fœtale qui se présente.

Chez les multipares, le col étant très déhiscent, on peut introduire d'emblée le grand ballon du



Grand Ballon du Dr Boissard



Etui Porte-Ballon du Dr Boissard

Dr Boissard (fig. 8) qui a une capacité d'environ 230 grammes dont la circonférence a 32 centimètres, le diamètre étant donc de 10 centimètres, de sorte que, après son expulsion, la dilatation est complète. On l'introduit soit à l'aide de la pince employée pour le ballon moyen, soit à l'aide de l'étui porte-ballon du Dr Boissard dans lequel le ballon est enfermé complètement (fig. 9).

Quant à la durée de l'accouchement, nous dirons que, sur les 20 cas que nous rapportons dans notre statistique, nous n'avons jamais obtenu la fin de l'accouchement en moins de cinq heures, un seul cas ; en général, la durée moyenne de l'accouchement était de 10 à 12 heures ; par contre, chez la primipare, la durée varie selon que l'on se sert exclusivement du petit ballon ou que l'on fait suivre son introduction de celui du ballon moyen. La durée varie entre douze et vingt-quatre heures. Nous rapportons un cas où la durée a été de vingt-six heures.

Accidents et inconvénients de l'intervention

Les accidents qui se sont produits à la suite de l'intervention pour rétention du fœtus mort, peuvent être dus, soit à des causes tenant à la rigidité du col, soit à une instrumentation défectueuse. Le Dr Boissard attribue tous les accidents survenus à cette instrumentation défectueuse et préconise les procédés et les instruments que nous avons décrits plus haut. D'après les abstentionnistes de cette méthode, l'intervention, en cas de fœtus mort avec membranes intactes, peut déterminer une septicémie suraiguë, la femme pouvant être emportée en moins de quarante-huit heures. Nous rapportons le tableau de notre statistique d'après lequel on peut juger que le travail dure en moyenne douze heures et que les suites de couches ont toujours été bonnes.

OBSERVATION I (Personnelle)

Mme Ém. R..., vingt ans couturière, I-pare, vient à la consultation de la Maternité de l'hôpital Lariboisière, le 12 juin 1915.

Ce qui l'a frappée dans son état, c'est que depuis quelques jours elle n'a plus senti remuer.

L'interrogatoire de la malade ne révèle aucun antécédent personnel important.

A l'examen, on trouve néanmoins des signes de spéciphicité. Ainsi, à l'examen des organes génitaux externes, on trouve plusieurs plaques muqueuses. Le cou de la malade présente une pigmentation très nette — collier de Vénus. Aucun autre signe de syphilis secondaire.

La malade n'a perdu ni sang, ni eau. Elle a eu ses dernières règles en novembre 1914.

Au palper, l'utérus se trouve à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, volume qui n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse, laquelle, d'après les dernières règles, est de sept mois. On ne trouve pas de réaction fœtale nette, pas de ballottement, mais, par contre, de la crépitation osseuse, montrant que le fœtus est dans un état de macération avancée.

A l'auscultation, on ne perçoit ni bruits du cœur, ni mouvements actifs.

La femme dit que son ventre a diminué depuis quelque temps, et qu'elle a eu en même temps une légère montée laiteuse.

On conseille à la malade de rester à l'hôpital pendant

quatre jours. On ne trouve aucun signe de viabilité du fœtus, et on se décide d'intervenir le 16 juin.

En produisant le toucher avant la pose du ballon, le doigt vient buter contre une plaque dure, scléreuse, située sur la partie latérale du col. Après introduction du spéculum, on voit nettement que la plaque n'est autre que la cicatrice du chancre.

On introduit le petit ballon du Dr Boissard à l'aide de son porte-ballon mandrin, le 16 juin à 11 heures du matin. Le ballon est expulsé le 16 juin à 11 heures du soir, suivi du fœtus macéré, d'un poids de 800 grammes. La délivrance naturelle et complète est de 300 grammes. On pratique une injection intra-utérine iodée de 4 litres.

17 juin. — Température, 37°3 ; pouls 90. État général satisfaisant.

18 juin. — Température matin, 37°5 ; température soir, 38°7 ; pouls 100.

A partir de ce jour, la température baisse en lysis et devient normale.

La malade quitte l'hôpital le 28 juin en bon état.

OBSERVATION II (Personnelle)

Mme Henriette A..., âgée de vingt-deux ans, journalière II-pare. Sa première grossesse s'est terminée par un accouchement prématuré d'un fœtus macéré. Les deux enfants sont du même père. Dernières règles au mois de novembre 1914. La malade entre à l'hôpital Lariboisière parce qu'elle

ne sent plus remuer depuis une dizaine de jours. D'après les dernières règles, cette grossesse est de sept mois environ, mais l'examen de l'utérus nous montre qu'il est peu développé, et atteint l'ombilic. Son contenu est mou, le palper ne donne aucune sensation de réaction fœtale, ni ballottement.

L'auscultation ne permet pas d'entendre les signes de la vie du fœtus, l'examen des urines décèle une notable quantité d'albumine. On garde cette malade pendant plusieurs jours en observation. Le 9 juin on fait le diagnostic de fœtus mort.

10 juin. — Pose d'un petit ballon du Dr Boissard, à 10 h. 30 du matin.

Expulsion du ballon le 10 juin, à 6 heures du soir. Rupture artificielle des membranes.

Expulsion d'un fœtus macéré le 10 juin, à 10 heures du soir; pesant 1.000 grammes. Délivrance naturelle et complète pesant 330 grammes.

Suites de couches normales.

Sortie de la malade de l'hôpital le 21 juin 1915.

NOMS	Age	Accouchements précédents	Date des dernières règles	Age de la grossesse	Date et heure de la pose du ballon	Date et heure de l'expulsion du ballon	Durée totale du travail	Poids du fœtus macéré	Poids du placenta	Suites de couche	L'état de la femme à la sortie
								gr.	gr.		
1. Pauline V...	34	I-pare	Fin avril	5 1/2	14 mai, 11 h. m.	14 mai, 4 h. s.	5 h.	250	130	Normal	Bon
2. Annette J...	29	III »	28 juillet	5	28 déc., 11 h. s.	29 déc., 11 h. m.	12 h.	300	150	»	»
3. Peruaude R...	20	I-pare 2 enfants vivants	15 juin	7 1/2	20 janv., 5 h. s.	21 janv., 2 h. 1/2 m.	9 h. 1/2	1.500	370	»	»
4. Augusta M...	34	I-pare	Avril	9	23 janv., 8 h. m.	24 janv., 8 h. m.	24 h.	3.250	450	»	»
5. Marie L...	25	IV » 3 enf. morts avant terme	10 avril	9	11 fév., 11 h. m.	12 fév., 8 h. m.	21 h.	3.100	600	»	»
6. Georgette S...	22	I-pare	26 juin	7 1/2	25 fév., 11 h. s.	26 fév., 6 h. m.	7 h.	1.560	360	»	»
7. Antoinette B...	26	I »	17 sept.	7	20 avril, 6 h. s.	21 avril, 9 h. m.	15 h.	1.900	550	»	»
8. Henriette A...	22	II » 1er enfant macéré	Novembre	6	10 juin, 11 h. m.	10 juin, 7 h. 1/2 s.	8 h. 1/2	1.000	330	»	»
9. Reine C...	32	I-pare	21 oct.	6	10 juin, 11 h. 1/2 m.	10 juin, 10 h. 1/2 s.	11 h.	880	250	»	»
10. Berthe B...	24	III »	Inconnu	6	26 mars, 1 h. s.	27 mars, 7 h. m.	18 h.	650	320	»	»

NOMS	Age	Accouchements précédents	Date des dernières règles	Age de la grossesse	Date et heure de la pose du ballon	Date et heure de l'expulsion du ballon	Durée totale du travail	Poids du fœtus macéré	Poids du placenta	Suites de couche	L'état de la femme à la sortie
								gr.	gr.		
11. Léonie L...	24	I-pare	17 août	7 1/2	6 avril, 8 h. m.	6 avril, 1 h. s.	14 h.	900	180	Normal	Bon
12. Marguerite P...	35	V »	19 août	6	16 avril, 2 h. 1/2 matin	17 avril, 3 h. m.	24 h. 1/2	530	200	»	»
13. Louise V...	26	I »	16 août	9	1er mai, 11 h. s.	2 mai, 11 h. 20 m.	12 h. 1/2	2.900	580	»	»
14. Pauline C...	38	III »	9 déc.	5 1/2	8 juin, 6 h m.	9 juin, 4 h. m.	22 h.	920	250	»	»
15. Marie C...	32	III »	5 août	8 1/2	28 juin, 3 h. s.	28 juin, minuit	8 h.	2.150	500	»	»
16. Marguerite E...	31	V »	17 oct.	9	15 sept., 5 h. s.	16 sept., 1 h. s.	20 h.	3.800	850	»	»
17. Anna S...	32	III »	26 janv.	8 1/2	5 oct., 4 h. s.	6 oct., 5 h. m.	13 h.	200	?	»	»
18. Marcelle D...	20	I »	?	7	11 nov., 2 h. m.	12 nov., 4 h. m.	26 h.	1.450	350	»	»
19. Marie R...	26	IV »	28 mars	9	17 janv., minuit	18 janv., midi	12 h.	1.930	810	»	»
20. Cécile V...	33	IV »	10 oct.	3	20 janv., 10 m.	20 janv., 9 h. s.	11 h.	170	150	»	»

CONCLUSIONS

1° Dans l'immense majorité des cas, il est possible de reconnaître et d'affirmer la rétention du fœtus mort lorsque la grossesse a atteint ou dépasse cinq mois. Les signes qui permettent de reconnaître cette rétention sont :

a) Le défaut de corrélation entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse ;

b) La consistance spéciale de l'utérus et le ramollissement général du fœtus ;

c) L'absence des mouvements actifs et des bruits du cœur ou leur disparition ;

d) La crépitation osseuse.

2° La rétention du fœtus mort *in utero* durant un temps qui varie de quelques jours à plusieurs mois, si elle est le plus souvent inoffensive, expose néanmoins la femme à des accidents, malgré l'intégrité des membranes. A plus forte raison, si cette rupture est méconnue ou négligée ;

3° Si, dans ces cas, l'expulsion du fœtus peut se faire spontanément, il est certain qu'en présence d'un diagnostic ferme et en considération de diverses raisons sociales et pathologiques, l'accoucheur, dans

l'intérêt de la femme, est autorisé de mettre un terme à une grossesse physiologiquement terminée, en provoquant l'expulsion artificielle du produit de conception.

Vu : le Président de la thèse,
RIBEMONT-DESSAIGNE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Ambroise-Paré. — Œuvres complètes. Éd. Malgaigne.

Aujay. — Causes de la mort du fœtus. Thèse de Paris, 1859.

Bar, Brindeau, Chamberlant. — La Pratique de l'art des accouchements.

Boissard. — Du fœtus mort pendant la grossesse. In Sem. méd. p. 1897, n° 43.

— Nouvelle instrumentation pour provoquer l'accouchement (Presse méd., 21 avril 1894).

Cazeaux. — Traité d'accouchements, 1862.

Caleix-Vivie. — Bulletin de la Société d'Obstétrique de Bordeaux, mars 1900.

Henriot. — De la conduite à tenir en cas de fœtus mort pendant la grossesse. Thèse de Paris, mars 1900.

Lachapelle (M^me^). — Pratique des accouchements. Paris, 1825.

Mauriceau. — Traité des maladies des femmes grosses e de celles qui sont accouchées. Paris, 1864.

Pacaud. — Conduite à tenir en cas de la mort du fœtus Thèse de Paris, 1886-1887.

Pinard. — Traité du palper abdominal, 1889.

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Précis d'Obstétrique.

Smellie. — Traité de la Pratique et de la Théorie des accouchements. Paris, 1770.

Tarnier et Budin. — Traité d'acc. Paris, 1886.

Wallich. — Leçons sur les avortements syphilitiques (Gaz. heb. de Méd. et de Chir., oct. 1893).

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et C^ie^, 15, rue Racine, Paris — 2917-15